

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 41

DE

l'Ostéo-Arthrite Tuberculeuse

COMPLIQUANT

la Luxation congénitale de la Hanche

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean COSTE

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Constantine (Algérie), le 28 Août 1877



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESEURS

3, rue Stella, 3

1899

DE
l'Ostéo-Arthrite Tuberculeuse

COMPLIQUANT

la Luxation congénitale de la Hanche

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 41

DE
l'Ostéo-Arthrite Tuberculeuse

COMPLIQUANT

la Luxation congénitale de la Hanche

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Décembre 1899

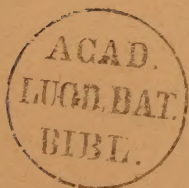
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean COSTE

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Constantine (Algérie), le 28 Août 1877



LYON

IMPRIMERIE MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie} SUCCESSEURS

3, rue Stella, 3

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne	RENAUT.
Pathologie externe	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée	TRIPPIER.
Médecine légale	POLLOSSON (M.)
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS —
Accouchements.	POLLOSSON (A.)
Propédeutique médicale	ROQUE.
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE,
Botanique.	BEAUVISAGE.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
POLLOSSON (A.)	COLLET.	DURAND.	BERARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUG.
ROLLET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. OLLIER, *Président* ; M. GANGOLPHE., *Assesseur* ;
MM. VALLAS et NOVÉ-JOSSERAND, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR OLLIER

Professeur de Clinique chirurgicale
Commandeur de la Légion d'Honneur
Membre correspondant de l'Institut

A M. LE PROFESSEUR GANGOLPHE

Chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu
Professeur Agrégé à la Faculté

Sur le point de terminer nos études médicales, nous sommes heureux de témoigner notre reconnaissance à tous ceux qui, de près ou de loin, se sont intéressés à nous.

L'idée première de ce travail revient à M. le Professeur agrégé Gangolphe, et avec sa bienveillance habituelle, il nous a prodigué ses conseils pour le mener à bonne fin. Durant deux semestres, nous avons pu apprécier son enseignement clinique si profond. Nous le prions de croire à l'excellent souvenir que nous conserverons toujours de l'accueil que nous avons trouvé auprès de lui.

M. le Professeur Ollier nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer tous nos sentiments de profonde reconnaissance.

Nos chefs de l'Ecole qui ont eu la délicate mission de diriger nos premiers pas dans la carrière médicale, voudront bien croire à la sincérité de notre gratitude.

Nous emportons de notre séjour à l'Ecole quelques heureux souvenirs. Ils sont dus à l'amitié de nos camarades : ceux avec qui nous fûmes liés plus intimement se reconnaîtront dans ces lignes. Qu'ils soient persuadés que l'éloignement ne brisera jamais les liens d'inaltérable amitié qui nous unissent à eux.

J. C.

INTRODUCTION

Les luxations de la hanche comptent au nombre des plus fréquemment observées parmi les malformations congénitales; elles viennent, sous ce rapport, immédiatement après le pied-bot et le bec de lièvre. Il n'est donc point étonnant que l'on trouve cette affection mentionnée de tout temps dans les écrits des auteurs : car il faudrait remonter à Hippocrate pour en avoir la première description. Mais nous n'avons pas à faire ici l'historique de la luxation congénitale. Disons seulement que depuis une quinzaine d'années ce chapitre de la chirurgie a fait de réels progrès, en particulier au point de vue thérapeutique et qu'il a donné lieu à de nombreux travaux, à de nombreuses discussions dans les congrès les plus récents.

Il est toutefois un point particulier dans l'histoire de cette affection que l'on trouve à peine mentionné par quelques auteurs, sans que ceux-ci l'aient étudié spécialement, et qui, cependant, ne manque pas d'un certain intérêt puisqu'il peut donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Nous voulons parler des cas de tuberculose greffée sur une luxation congénitale.

Une articulation de la hanche luxée congénitalement peut, en effet, à un moment donné, tout comme une articulation normalement conformée, se compliquer d'un processus tuberculeux. Cette complication, il est vrai, est rare et le nombre des observations qui en ont été publiées, et qui ne permettent aucun doute sur la nature tuberculeuse de l'arthrite, est très restreint. Malgré cette pauvreté de documents, nous essayerons de rechercher si la coexistence de ces deux affections dans la même articulation modifie les symptômes propres à chacune d'elles ; si, d'une part, le tableau clinique par lequel se traduit une coxalgie est altéré par l'existence antérieure de la malformation ; si, d'autre part, l'évolution de la coxalgie en est modifiée.

Mais, auparavant, nous croyons utile d'étudier les altérations anatomiques d'une telle affection : nous trouverons là peut-être certaines données étiologiques favorisant le développement de l'arthrite tuberculeuse : nous comprendrons aussi les modifications apportées aux symptômes classiques de la coxalgie. Parmi ces symptômes nous rechercherons les éléments du diagnostic et en terminant nous indiquerons quels sont les moyens de traitement que nous offre la thérapeutique chirurgicale.

Nous nous occuperons surtout, dans ce travail, de la variété iliaque, postéro-supérieure de la luxation congénitale : c'est la plus fréquemment observée, les luxations supérieures et antéro-supérieures sont beaucoup plus rares.

OBSERVATIONS

Nous avons trouvé beaucoup plus d'observations de coxalgie greffée sur une luxation congénitale que nous n'en publions. Mais en les analysant nous nous sommes aperçu que le terme de coxalgie y était employé pour désigner des affections de la hanche de nature variée.

Nous ne nous occuperons ici que de l'ostéo-arthrite tuberculeuse, et c'est dans ce sens que sera employé le mot de coxalgie dans le cours de ce travail.

OBSERVATION I

(DELANGLADE, Thèse de Paris, 1896.)

Renée G..., 11 ans, entre le 25 septembre 1894 dans le service du professeur Lannelongue.

Père et mère bien portants : quatre frères et sœurs bien constitués; grossesse et accouchement sans accidents. Présentation du sommet. Marche à deux ans. De suite, on s'aperçoit de la boiterie. Mais jamais jusqu'à ces derniers mois l'enfant n'a souffert ni n'a été gênée en quoi que ce soit. Elle courait volontiers avec ses compagnes et n'était ni moins vive ni moins adroite qu'elles. Depuis trois semaines environ, elle souffre dans le genou et dans l'aîne.

Etat actuel, 30 septembre. — Atrophie musculaire considérable de tout l'appareil musculaire de tout le membre inférieur

gauche (fesse, cuisse, jambe, plante du pied). Raccourcissement du membre : de l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet de la malléole externe : 65 centimètres à droite ; 63 à gauche. Saillie angulaire dans la région trochantérienne gauche. Le bord supérieur du trochanter dépasse de deux travers de doigt et demi la ligne de Nelaton. La tête, de grosseur normale, est au-dessus et en arrière. Dans l'extension, elle se porte en avant à un travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure, se déplaçant ainsi dans une étendue plus grande que sa largeur elle-même. Dans la flexion forcée elle se met très en arrière. Flexion et extension complètes. Muscles adducteurs retractés et atrophiés. Adduction plutôt exagérée. Abduction normale. A l'occasion de tous ces mouvements, craquements perceptibles non seulement à la main, mais à l'oreille.

Station debout. — L'épine iliaque antéro-supérieure droite est plus haute que la gauche d'un travers de doigt. La hanche est sensiblement plus saillante. La vulve regarde à droite. La grande lèvre gauche est plus basse que la droite. Le pied gauche est en rotation externe légère. Le membre est étendu à la hanche et au genou. Le rachis présente dans la région dorso-lombaire une courbure à convexité gauche assez prononcée. La fesse gauche est plus aplatie et plus élargie. Le pli fessier est abaissé de plus d'un doigt. Pendant la marche, le point sacré et le pli fessier gauche restent au contraire constamment plus élevés que du côté droit, quel que soit le pied qui porte. Quand c'est le pied gauche, la disproportion est certainement plus grande. Le bassin se porte franchement en haut et le thorax s'abaisse. Simultanément, le grand trochanter glisse et s'élève sur la fosse iliaque externe. Le mouvement d'ascension du bassin commence certainement après le commencement et avant la fin de ce glissement vertical. Le membre inférieur conserve à peu près sa direction normale. Cependant, le genou a une tendance à se porter en dedans. A droite, la fillette marche la cuisse légèrement fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse pour rétablir l'équilibre. Les deux genoux

ont une tendance à se croiser. Extension continue jusqu'au 18 novembre.

18 novembre 1894. — Réduction sanglante. Opérateur M. Broca, aide M. Delanglade. — Incision de M. Langenbeck. Au moment de l'ostéotomie du trochanter (au ciseau) on voit s'écouler une petite quantité de pus bien lié, recueilli et soumis à l'examen bactériologique. La tête fémorale est déformée, aplatie en dedans, mais le cartilage ne présente aucune altération apparente. Le ligament rond est conservé et relativement assez fort. La cavité cotyloïde ancienne est le siège de la collection purulente ci-dessus mentionnée : elle est peu profonde, recouverte de parties fibreuses et fibro-cartilagineuses. La capsule est tapissée de fongosités sur toute l'étendue de sa face interne. Il existe une cavité cotyloïde nouvelle peu profonde, mais limitée par un bord net qui, peu élevé à sa partie inférieure, la sépare du cotyle ancien. Evidemment du cotyle ancien. Réduction. Sutures. Drainage.

Suites simples. — La feuille de température a été égarée, mais je me souviens qu'il n'y a pas eu d'ascension exagérée et que le cas s'est, au début, comporté comme une réduction sanglante de luxation congénitale ordinaire. Seulement, la plaie s'est mal réunie : elle est devenue fongueuse et a donné lieu à une faible suppuration ; liquide séreux avec des grumeaux ; elle a été grattée : l'ensemencement du pus recueilli pendant l'opération n'a donné lieu à aucune culture ; l'injection de fongosités à un cobaye a été positive et a déterminé des lésions tuberculeuses chez les animaux en expérience.

Généralisation des lésions tuberculeuses. Mort le 25 avril 1895.

Autopsie. — Foyers tuberculeux disséminés dans tout l'organisme, en particulier dans les poumons et les méninges. La hanche elle-même présente les modifications suivantes : la synoviale est entièrement fongueuse. Ces fongosités se prolongent dans toute l'étendue de la plaie opératoire et s'insinuent dans tous les interstices musculaires. Le squelette est profondément atteint. La tête fémorale a perdu son cartilage.

Elle présente dans sa partie postéro-supérieure une caverne tuberculeuse et les traces d'une ulcération compressive. Elle repose, en effet, par cette surface irrégulière, érodée et d'aspect vermoulu sur une surface semblable de l'os iliaque, immédiatement en arrière et au-dessus du cotyle. Celui-ci a conservé dans son segment antérieur la forme arrondie qui lui a été donnée au cours de l'intervention. Son bord postérieur au contraire s'est effondrée sous la pression de la tête en vertu de la contracture musculaire et la récidue en un mot s'est faite par un procédé en tout semblable à celui des luxations pathologiques ordinaires. Autour de la nouvelle place de la tête fémorale s'est élevé un rebord cartilagineux qui donne insertion à la capsule.

L'os iliaque présente d'ailleurs les caractères habituels qu'il offre dans la malformation congénitale; il est plus grêle et moins développé que celui du côté opposé; les branches horizontales du pubis et ischio-pubienne sont allongées et minces.

La gouttière du psoas iliaque au dessous de l'épine iliaque antéro-inférieure est profonde et caractéristique. De plus, nous avons noté une différence dans le calibre des vaisseaux d'un côté à l'autre. Leur circonférence mesure en effet : à droite : iliaque primitive 12^{mm}; iliaque interne 9^{mm} 5, iliaque externe 9^{mm} 5. A gauche : iliaque primitive 11^{mm}; iliaque interne 7^{mm} 5; iliaque externe 7^{mm} 5.

Tout cela démontre que c'est bien à une coxo-tuberculose développée dans une luxation congénitale que nous avons eu affaire et non pas à une coxo-tuberculose compliquée de luxation pathologique.

OBSERVATION II

(DELANGLADE, Thèse de Paris 1899.)

Marie T..., 8 ans, entrée le 27 janvier 1896.

Père et mère bien portants. Quatre autres enfants, deux plus âgés et deux plus jeunes tous morts. Tous ont marché tard vers 15 mois, mais aucun d'eux ne boitait. Pas d'autre

vice de conformation dans la famille. Grossesse et accouchement sans accident. Présentation du sommet. Nourrie au sein par sa mère pendant trois mois, puis au biberon. Levée vers 15 mois. Rougeole à 3 ans. Pas d'autre maladie de l'enfance. Commence à marcher vers 16 mois en canard. Elle présentait pendant les premières années une forte ensellure qu'un corset aurait fini par corriger. Jusqu'à l'âge de 5 ans elle n'a jamais souffert. Elle se fatiguait seulement plus vite que ses frères et sœurs. Il y a trois ans, a éprouvé au niveau de la hanche et du genou droits des douleurs qui l'ont obligée à garder le lit pendant huit jours; puis elle est restée bien jusqu'à il y a un mois. La mère a remarqué qu'elle traînait depuis quelque temps la jambe droite, qu'elle s'appuyait davantage sur elle. Puis ont apparu des douleurs d'abord le soir après une journée fatigante, puis toute la journée et depuis dix jours elle ne peut plus marcher du tout.

Etat actuel, 31 janvier 1896. — L'enfant ne peut être examinée que couchée à cause des phénomènes d'arthrite du côté droit.

L'extension continue, appliquée depuis son entrée à l'hôpital, a fait cesser toute douleur : mais la hanche est absolument raide. C'est à peine si l'on peut passivement et doucement lui donner des mouvements dans une amplitude de 30°. La fillette est incapable de la mouvoir sans entraîner simultanément le bassin. La région est gonflée, dure ; sous les téguments apparaît un lacis veineux plus développé qu'à l'état normal. Il est facile de déterminer au palper la situation du grand trochanter, dont la position par rapport à la ligne de Nelaton ne peut être envisagée à cause de l'impossibilité de fléchir la cuisse. La tête paraît être en avant, entre le cotyle normal et l'épine iliaque antéro-supérieure, mais au milieu du gonflement, elle ne se détache pas du col avec une netteté égale à celle du côté opposé. En avant, elle est douloureuse à la pression en un point fixe, à deux travers de doigt et demi au dessous de l'épine iliaque. Les ganglions du pli de l'aîne droit sont certainement plus nombreux et plus volumineux que ceux du côté gauche.

A gauche, luxation en haut et en avant évidente : le bord

supérieur du trochanter est à un centimètre au dessus de la ligne de Nelaton. La tête est dans l'extension très en avant, à un travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure. De ce côté, tous les mouvements, même l'abduction, surtout l'extension et l'adduction sont exagérés dans leur amplitude. Les deux cuisses sont éloignées de deux bons travers de doigt à leur partie supérieure quand les malléoles internes se touchent. Les muscles de la cuisse sont atrophiés des deux côtés mais certainement plus à droite.

Le bassin s'incline à droite, d'où allongement apparent de plusieurs centimètres. En réalité, le membre inférieur droit est plus long que le gauche d'un centimètre seulement. De l'épine iliaque au sommet de la malléole, 61 centimètres 5 à droite, 60 à gauche. Bon état général. Pas d'autres vices de conformation ni d'autres lésions.

OBSERVATION III

(ROUVIER, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1858-1859.)

Euphrasie B... 5 ans et demi. Elle a été affectée il y deux ans environ d'une coxalgie du côté droit pour laquelle on a fait une large application de caustique de Vienne sur le grand trochanter: on en voit encore la cicatrice. J'ai constaté au mois de novembre de l'année dernière, qu'il existait un raccourcissement apparent du membre inférieur droit. Mais en janvier la hanche gauche fut prise à son tour; il y eut des douleurs très vives et le membre inférieur gauche naguère plus long que le droit devint peu à peu plus court. Je reconnus en effet le 20 mars qu'il y avait raccourcissement à gauche et je trouvai de ce côté tous les signes d'une luxation iliaque. Aujourd'hui les douleurs ont cessé: la luxation est des plus évidentes. Les deux cuisses offrent un certain degré de flexion, moins marqué du côté droit: la cuisse gauche est en outre dans l'adduction et la rotation en dedans: la droite dans l'abduction: celle-ci ne paraît présenter qu'une position vicieuse sans luxa-

tion. On rencontre au côté externe de chaque cuisse un petit abcès superficiel indolent. L'enfant est hors d'état de marcher seule: mais elle fait quelques pas avec ses béquilles.

La mère de cet enfant a été interrogée par M. Morel-Lavallée.

Les réponses d'abord hésitantes de cette femme sont devenues ensuite plus décisives. Ainsi, après avoir dit que l'enfant marchait comme tous les autres enfants, elle a fini par déclarer qu'il ne marchait que le corps fortement renversé en arrière et qu'il tombait avec une extrême facilité. De telle sorte qu'il est permis d'admettre l'existence d'une luxation congénitale.

OBSERVATIONS IV, V, VI

(GUERLAIN. — Thèse de Paris, 1896.)

IV. — La nommée Dub... âgée de 28 ans, examinée à la Maternité le 7 décembre 1895. Cette femme a été atteinte à 7 ans de coxo tuberculose, puis mise pendant quatre années dans un appareil silicaté.

Lorsque la malade est debout, elle présente une ensellure très marquée quand on met les deux jambes dans la rectitude. Si au contraire on place le bassin dans sa position normale, la cuisse est fléchie sur le pelvis. Si on mesure la distance qui va de l'épine iliaque antéro-supérieure à la plante du pied, on trouve à droite 74 centimètres et à gauche 84 centimètres. Il y a une atrophie très manifeste des muscles du membre inférieur droit. La circonférence maxima du mollet est à droite de 26 cent. 5 et à gauche de 29 centimètres. La circonférence du milieu de la jambe gauche est de 37 centimètres : à droite de 43.

V. — La nommée C... âgée de 35 ans. Coxalgie unilatérale à 5 ans.

VI. La nommé B... 30 ans, coxalgie à 13 ans. Restée six mois au lit dans une gouttière. Marche d'abord avec une béquille. A toujours été bien portante depuis.

OBSERVATION VII

(BOUDET. — *Bulletin de la Société Anatomique* 1839.)

Boudet montre les os pelviens d'un homme de 28 ans, mort avec un calcul qui oblitérait le canal cystique. La vésicule biliaire est grosse comme un œuf de poule, transparente. Elle renferme un liquide incolore et un peu filant. Le foie est jaune et non ratatiné.

Ce jeune homme avait un raccourcissement des deux membres inférieurs et tous les autres signes d'une luxation des fémurs en haut et en dehors. Il éprouvait de vives douleurs : des fistules existaient à droite : de la fièvre survint et bientôt le marasme et la mort.

La cavité cotyloïde droite était atrophiée, triangulaire ; son bord postérieur était recouvert de cartilage. La capsule, unie à ce bord par une extrémité était restée adhérente par l'autre au col du fémur, de sorte que la tête de cet os en était encore enveloppée. Il existait un peu de pus dans la cavité cotyloïde.

La tête du fémur était très petite, presque dénudée de cartilage. Deux petits tubercules se trouvaient dans son tissu.

La cavité cotyloïde gauche était également triangulaire, presque oblitérée. Le col du fémur était devenu horizontal et la tête ne dépassait pas le niveau du sommet du grand trochanter. Elle était dénudée de cartilage, infiltrée de pus et le petit fessier avec lequel elle se trouvait en rapport était également infiltré de ce liquide. La capsule était détruite. La tête du fémur n'offrait pas d'hypertrophie interstitielle.

Ganglions et poumons tuberculeux.

Le malade qui était très affaibli a dit n'avoir pas toujours été contrefait : cependant d'autres renseignements tendent à faire croire que les luxations étaient congénitales.

OBSERVATION VIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé GANGOLPHE.)

(Inédite.)

S... Marie 18 ans. Entre salle Saint-Martin, le 5 décembre 1890. N'offre rien à signaler dans ses antécédent héréditaires: famille entière en bonne santé. Dès sa première enfance, la malade se souvient d'avoir marché en cancanant, mais affirme n'avoir jamais souffert du côté de ses hanches jusqu'à l'âge de 14 ans. A cette époque apparurent des douleurs localisées d'abord au genou gauche, apparaissant dans la station debout et même le soir au lit. Cette phase de la maladie qui fut, dit-elle, accompagnée de fièvre, dura une quinzaine de jours. Au bout de ce temps la douleur émigra à la hanche: la marche devint très douloureuse. On lui fit des applications de pointes de feu et de vésicatoires.

Après un an de repos au lit elle se leva, mais elle n'avait rien gagné au point de vue fonctionnel: la marche n'était possible qu'avec des béquilles. Depuis trois ans environ, elle n'a subi ni immobilisation, ni révulsion.

Etat actuel. — La malade présente les symptômes suivants: L'épine iliaque antéro-supérieure du côté gauche est remontée de deux centimètres environ: cependant les talons paraissent être sur le même plan: il est difficile de faire une mensuration très exacte du membre à cause des masses musculaires et adipeuses de la région. La cuisse gauche est en rotation légère en dedans, tandis que la jambe est en rotation en dehors. Le pied gauche présente une légère déformation en varus: le pied droit au contraire en valgus. Les deux membres sont en adduction surtout le droit qui aurait une tendance au genu valgum.

L'ankylose coxo-fémorale est complète à gauche : on note également de l'hydarthrose du genou gauche.

Si l'on recherche la position des têtes fémorales, on trouve la droite remontée à trois centimètres environ au-dessus de la ligne de Nelaton. A gauche la flexion étant impossible, on ne peut rechercher ce signe.

L'extrémité supérieure du fémur gauche paraît augmentée de volume. La pression sur le grand trochanter est douloureuse si on l'exerce un peu fortement : le choc sur le talon l'est également.

Au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche et en dedans de celle-ci, on remarque la présence d'un abcès à fluctuation assez nette, paraissant plonger dans le bassin : un autre abcès volumineux siège à la face postérieure de la cuisse. Quelques ganglions sont perceptibles dans l'aîne gauche.

L'état général est excellent.

Le 19 janvier et le 7 décembre, on ponctionne l'abcès de la face postérieure de la cuisse : il en sort à grand'peine un verre d'un pus épais et grumeux. Injection d'éther iodoformé.

OBSERVATION IX

(Due à l'obligeance de M. le professeur OLLIER.)

*Coxalgie au niveau d'une luxation congénitale,
résection de la hanche.*

(Résumée.)

Arm..., Célestine, 25 ans. Entre 24 juillet 1888. Salle Saint-Pierre. Rien dans les antécédents héréditaires. La jeune fille a toujours boité, mais sans souffrir. Depuis l'âge de 13 à 14 ans environ, la jeune fille sentait du côté gauche, au niveau de la hanche, une gêne parfois douloureuse, après des travaux de trop longue haleine. Mais jamais elle ne dut s'arrêter pour cela.

Il y a 2 ans, sans cause appréciable, la jeune fille se sentit prise de douleurs violentes dans la hanche. La marche devint impossible. La malade resta deux mois au lit : puis M. Pollosson consulté fit appliquer un bandage qui fut conservé 5 mois. Le malade put pendant ce temps se lever.

En septembre 1887, on sortit le bandage. Il y avait un mieux sensible, mais non point guérison et c'est après avoir attendu quelques mois encore que la malade entra dans le service.

On constate une luxation iliaque, congénitale d'après les antécédents ; les mouvements de la néarthrose sont très douloureux. La pression est douloureuse en avant. La jambe est en adduction et rotation interne. La percussion sur la plante du pied détermine de la douleur à la hanche. La santé générale est assez bonne.

La malade sort en août avec un tuteur.

Elle revient le 4 décembre 1890 souffrant toujours. La région de la hanche est tuméfiée. On lui fait des applications de pointes de feu sur toute cette région. Immobilisation dans un silicate ; puis de la traction continue.

En mai 1891, l'état de la malade était le même ; les douleurs très vives.

Mensuration. — De l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe :

Côté malade 780 millim., côté sain 830 millim.

Fémur des deux côtés 380 millim.

On lui fait la *résection de la hanche* le 30 mai. Le lendemain la malade ne souffre pas ; température 39°5. La température se maintient aux environs de 39° jusqu'au 13 juin. Ce jour-là on ouvre un petit abcès fessier collecté le long du sacrum, provenant de l'inflammation d'une bourse séreuse.

En novembre 1891, la malade marchait avec peine.

OBSERVATION X

(Due à l'obligeance de M. le professeur OLLIER.)

Coxalgie droite. — Luxation congénitale de la hanche.

(Résumée.)

Dum....., 19 ans. Entrée à Saint-Pierre en 1888.

Pas d'antécédents héréditaires, ni de maladies antérieures.

La malade, toujours boiteuse, n'a ressenti qu'en 1887 les premiers symptômes de son mal; un peu de gêne dans l'articulation, puis mouvements douloureux. La pression du pied sur le sol après une demi-heure de marche amenait des douleurs assez vives pour obliger le malade à un repos consécutif très prolongé. La hanche enfla notablement, devint sensible à la pression et 8 mois après la marche fut impossible. On appliqua à cette époque des vésicatoires et des caustiques; le gonflement diminua sans amoindrir les phénomènes douloureux; c'est la persistance de ces derniers qui a amené la malade dans le service.

A cette époque on a observé de la tuméfaction, une douleur très vive à l'occasion des mouvements. La palpation a révélé un point douloureux en arrière du trochanter. Raccourcissement de 6 centimètres entre les membres. Repos au lit. Extension. Bandage silicaté.

8 mai 1888. — Le malade rentre dans le service; les mêmes phénomènes douloureux que précédemment sont observés.

Après un séjour de un mois et demi, le 18 juin, le membre avait retrouvé la liberté de ses mouvements.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique.

Nous ne prétendons pas faire ici de l'anatomie pathologique de la luxation congénitale et des lésions de l'ostéo-arthrite tuberculeuse, une étude complète.

L'anatomie de la luxation congénitale a été étudiée d'une façon complète dans plusieurs thèses (1) et dans les traités spéciaux ; d'autre part, l'arthrite tuberculeuse est très bien connue aujourd'hui, et leur association ne nous a présenté rien de particulier.

Nous voulons seulement rappeler quelques points particuliers qui nous serviront à comprendre la symptomatologie de l'affection que nous étudions.

Comme nous le ferons remarquer ultérieurement, les malades qui font le but de ce travail sont surtout des sujets qui ont déjà marché plusieurs années avant l'apparition de l'arthrite tuberculeuse. Cette remarque a son

(1) Thèse Delanglade, Paris, 1896,

Thèse Guerlain, Paris, 1896,

Thèse Dupré, Paris, 1891.

importance, car les lésions de la luxation congénitale diffèrent suivant qu'on les considère chez un enfant qui a peu ou point marché, par exemple au moment de la naissance, où elles sont primitives et à l'état de pureté ; ou suivant que le malade a marché, et dans ce cas, elles sont dénaturées en quelque sorte par suite des conditions nouvelles d'équilibre, et se compliquent de modifications du côté des ligaments des muscles et des os. Ce sont ces lésions dont nous allons principalement nous occuper.

Squelette. — La cavité cotyloïde ancienne regarde presque directement en avant et en bas : elle est souvent rudimentaire et comblée partiellement par du tissu fibro-graisseux et par des exostoses : d'autres fois, on la trouve presque intacte. En général, elle a une forme triangulaire, la base correspondant à la partie supéro-externe du trou obturateur, le sommet se trouvant au-dessous et un peu en dehors de l'épine iliaque antéro-inférieure. L'aile iliaque est rejetée en dedans, l'ischion en dehors : au-dessous de l'épine iliaque antéro-inférieure, la gouttière du psoas iliaque est très profonde. La branche horizontale du pubis et l'ischio-pubienne sont allongées et minces. L'os iliaque est grêle.

Capsule et ligaments. — Généralement la capsule s'est étirée sous l'influence de la station verticale et de la marche : elle affecte alors souvent la forme d'un sablier : la partie antérieure embrasse le cotyle : la postérieure, la tête et le col du fémur ; entre ces deux parties se trouve l'isthme.

Au point où la tête fémorale vient appuyer sur l'os iliaque, la face externe de la capsule « peut adhérer

« plus ou moins fortement au périoste de la fosse
« iliaque externe. L'adhérence peut être tout à fait
« intime et la capsule s'user à ce niveau à tel point
« qu'elle disparaît (1) ». elle semble alors s'insérer à
tout le pourtour supérieur d'une nouvelle cavité articu-
laire.

On peut alors constater une nouvelle cavité cotyloïde plus ou moins profonde, au-dessus et un peu en arrière de l'ancienne dont elle est séparée par un rebord peu élevé. Le fond est tapissé par le périoste. Ce nouveau cotyle est dû aux frottements répétés de la tête du fémur qui excitent l'action des vaisseaux du périoste de l'os iliaque et les force à déposer une nouvelle substance osseuse. Ce néocotyle n'existe pas ou bien il est très rudimentaire dans les cas où la capsule reste interposée entre les surfaces articulaires, sans être perforée, ce qui est le cas le plus fréquent.

Dans ce dernier cas, on a moins trouvé une bourse séreuse développée entre les deux surfaces (2).

Les faisceaux de renforcement de la capsule (ilio-ischio et pubo-fémoraux), présentent des modifications importantes : ils sont tous les trois considérablement épaissis ; dans une pièce appartenant à une fillette de 8 ans, le ligament en Y mesurait plus d'un centimètre d'épaisseur (1). De plus, ils présentent des modifications dans leur longueur : ils sont rétractés en avant, allongés en arrière : la rétraction est surtout très marquée sur les deux faisceaux de l'ilio-fémoral (Delanglade).

(1) Guerlain.

(2) Guerlain, Cruveilhier,

Outre ces faisceaux, la capsule est encore renforcée par les muscles voisins et le tissu cellulaire devenu fibreux. Le ligament rond est généralement détruit à partir d'un certain âge.

Muscles. — Les muscles présentent une atrophie très marquée (1). De plus, ils présentent des changements de direction, de longueur. Les muscles antérieurs (cou-turiers, tenseurs), dont les insertions sont rapprochées, subissent un raccourcissement lent et progressif. Le psoas iliaque, au contraire, qui s'enroule à la partie inférieure de l'appareil ligamenteux pour venir s'insérer au petit trochanter, est allongé. Les adducteurs sont les premiers à subir la rétraction, et c'est sur eux qu'elle est le plus marquée : elle frappe surtout le grand adducteur. Par suite du déplacement du fémur, l'incidence de ces muscles sur le fémur est moins aiguë qu'à l'état normal. Leur action est donc considérablement accrue dans le sens de l'adduction. Le moyen fessier par des faisceaux antérieurs et le petit fessier abordent le fémur perpendiculairement à sa direction : ils sont plus que rotateurs en dedans : leur action est très notablement augmentée en ce sens. Les pelvi-trochantériens sont allongés.

En résumé le raccourcissement porte presque exclusivement sur les adducteurs et les fléchisseurs. On a de plus noté quelquefois la dégénérescence fibreuse de certains d'entre eux.

Nous n'insisterons pas sur les autres lésions locales ou à distance : cela nous écarterait du but que nous nous sommes proposé dans ce chapitre.

(1) Querlain.

C'est sur une articulation ainsi modifiée dans sa constitution que se greffent les lésions tuberculeuses: Celles-ci paraissent les mêmes que celles qui se développent sur une articulation normale. Il n'y a qu'à lire les résultats d'autopsie que nous rapportons pour s'en convaincre:

A l'examen des pièces anatomiques, en effet, la synoviale est fongueuse et ces fongosités peuvent se prolonger hors de la jointure, lorsque la capsule est détruite: les fongosités s'insinuent dans les interstices musculaires et envahissent les parties molles périphériques.

Du côté du squelette les lésions sont surtout marquées sur la tête du femur; celle-ci a perdu son cartilage: elle est infiltrée de pus ou bien elle présente un ou plusieurs tubercules qui, affleurant à la surface, envahissent consécutivement la jointure. On peut observer dans les points soumis à des pressions continues des « ulcérations compressives ». C'est à la partie postéro-supérieure de la tête qu'on trouve cette lésion, ce que nous explique l'attitude habituelle du membre dans l'adduction avec flexion légère. Les mêmes lésions s'observent sur l'os iliaque.

Dans l'observation I, où M. Broca avait réduit la tête par la méthode sanglante on trouve signalé dans les résultats de l'autopsie, plusieurs mois après, une luxation qui s'était faite *par un procédé en tout semblable à celui des luxations pathologiques ordinaires: le bord postérieur du cotyle s'était effondré sous la pression de la tête.*

Pour ce qui concerne les autres lésions, en particulier

les abcès, leurs caractères paraissent semblables à ceux qu'ils présentent ordinairement. Il nous semble donc inutile d'insister davantage sur ce point.

Tel est le tableau sommaire des lésions bacillaires à une période déjà avancée. Parmi ces lésions il est difficile de marquer des rapports chronologiques, d'établir une filiation, de déterminer lesquelles sont primitives et lesquelles sont consécutives. La solution de cette question ne peut être donnée que par la connaissance des altérations initiales jointes à celle de leur progrès. Mais la rareté des documents ne nous permettent pas de résoudre cette question.

CHAPITRE II

Étiologie.

Parmi les complications que l'on peut observer dans une luxation congénitale, la tuberculose greffée sur l'articulation anormale est peu fréquente. Il semble cependant que la malformation congénitale, en troublant la physiologie de l'articulation et en l'exposant à des frottements continus, devrait créer là un lieu de moindre résistance. Il n'en est rien. « Cela n'est pas
« pour surprendre, dit Lannelongue (1), puisqu'on sait
« le rôle que joue la pression des extrémités osseuses
« l'une contre l'autre, influences à l'abri desquelles sont
« mises les extrémités articulaires grâce à l'interposition
« capsulaire. »

Nous avons vu en effet que les lésions anatomiques de la luxation congénitale ne sont pas toujours les mêmes : lorsqu'on les examine chez les enfants qui n'ont point marché, il n'y a pas de cotyle néoforme ; la capsule est interposée : chez ces sujets la tête fémoro-

(1) *In thèse* Delanglade.

rale ne presse pas directement sur l'os iliaque (Volkmann) (1), c'est par l'intermédiaire des muscles et ligaments qu'elle lui transmet sa pression et l'on voit quelquefois une bourse séreuse développée entre la tête fémorale et l'os iliaque. Dans ces cas les mouvements de l'articulation sont facilités et ainsi « sont atténués les frottements et les effets de la pression dirigée en un sens vicieux (Guerlain).

Au contraire, chez les sujets qui ont déjà marché plusieurs années, les lésions primitives sont altérées par les conditions nouvelles d'équilibre : on peut alors trouver la capsule perforée. Dans ces cas, la pression se transmettant directement d'une partie à l'autre, l'irritation qui en résulte détermine la formation d'un nouveau cotyle. Le rôle de la pression osseuse peut alors se faire sentir directement.

Aucune intervention saignante n'étant jamais faite au début d'une telle affection, on ne peut vérifier si les cas où la tuberculose s'est greffée sur la luxation congénitale correspondent toujours à cette disposition : les résultats d'autopsie n'ont pas grande valeur, car les parties constituantes de l'articulation sont déformées, en parties détruites souvent par le processus tuberculeux.

Ce que l'on peut dire, c'est qu'il semble que l'absence de pression directe entre les deux surfaces articulaires (ce qui se produit dans la grande majorité des cas de luxation congénitale) est une condition peu favorable à

(1) Volkmann. — Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie von Pitha und Billroth, T. II.

la localisation en ce point de la tuberculose (Lanne-longue).

Nous n'avons pu réunir que dix observations de coxalgies vraiment tuberculeuses greffées sur une luxation congénitale.

Il en existe, il est vrai, d'autres cas qui ont été signalés. C'est ainsi que Lorenz en a observé. MM. Picqué et Mauclaire (1) en ont signalé un cas. M. Kirmisson affirme la rareté du fait. M. le professeur Ollier en a observé aussi plusieurs cas.

Y a-t-il maintenant des circonstances favorisant ce développement de l'arthrite tuberculeuse dans l'articulation luxée ?

Lorsqu'on interroge un enfant ou les parents d'un enfant atteint de coxalgie, ceux-ci invoquent toujours un traumatisme comme cause de l'affection. Ce n'est là qu'une cause favorisante que nous retrouvons signalée dans certaines de nos observations et l'on conçoit aisément qu'il en soit ainsi, car les chutes sont très fréquentes chez les sujets atteints de luxation congénitale.

Dans les cas où l'on n'accuse pas de coup sur l'articulation on peut encore, semble-t-il, incriminer le traumatisme sous une autre forme, à titre de cause adjuvante, bien entendu. Car la tuberculose se développe volontiers sur les articulations qui ont été antérieurement le siège d'entorses : or un sujet « luxé congénitale- » ment est continuellement exposé aux entorses et au « tiraillement de la jonction nouvelle (Calot). » La

(1) Picqué et Mauclaire, *Thérapeutique chirurgicale des maladies des articulations*, 1895.

marque surtout lorsqu'elle est prolongée agira dans le même sens en provoquant une distension et un tiraillement des liens fibreux de la néarthrose (1).

Ce n'est là, en tout cas qu'une cause occasionnelle: le véritable facteur étiologique est la présence du germe tuberculeux. Et, à ce sujet, nous devons rapidement examiner une opinion qui a été émise sur la présence fréquente de ce germe chez les malades atteints de luxation congénitale.

Pfender (2), en effet, dans sa thèse inaugurale sur l'étiologie de la luxation congénitale prétend qu'il est très fréquent de découvrir soit chez les ascendants directs ou collatéraux des malades porteurs de cette déformation; soit chez les malades eux-mêmes, la tare tuberculeuse. Calot dit aussi qu'il « faudrait faire
« peut-être une part plus large dans l'étiologie de la
« luxation congénitale à la tuberculose, que cette coxo-
« tuberculose ait frappé l'enfant pendant la vie intra-
« utérine, ou peu après la naissance. » « Avons-nous
« affaire, dit Pfender, à une coexistence des deux affec-
« tions ou bien présentent-elles une parenté dont les
« lois sont encore inconnues? D'un autre côté, n'est-il
« pas permis de se demander si les lésions du fœtus
« ne sont pas déjà une manifestation de la tuberculose
« héréditaire? N'est-ce pas de cette façon indirecte que
« l'hérédité agit dans la procréation des luxés? »
Tout le monde, en effet, admet l'hérédité de ces malformations. « Mais encore, ajoute Pfender, faudrait-il

(1) Calot, Congrès de chirurgie, 1892.

(2) Pfender, Thèse, Paris 1890.

« savoir si le grand-père ou l'oncle qu'on dit avoir
« boité de tout temps n'était pas porteur d'une coxalgie.
« Nouveau stigmatisme dans le passé de l'enfant que nous
« examinons? »

En somme, Pfender considère les luxations congénitales comme un stigmatisme de tuberculose héréditaire. Sous leurs apparences de bonne santé, les enfants couvraient silencieusement leur foyer d'infection.

Avant lui, plusieurs auteurs (1) avaient invoqué comme cause de la luxation congénitale une affection articulaire et principalement la coxalgie intra-utérine. Pour les uns la coxalgie intra-utérine étant moins grave que celle des enfants ou des adultes, ne suppurant jamais, il fallait voir dans cette forme particulière la raison pour laquelle on ne trouve souvent rien à l'autopsie des articulations luxées. Quant aux autres, ils ont produits des pièces sur lesquelles on pouvait constater des fongosités, des lésions osseuses, des altérations de la synoviale, traces évidentes, d'après eux de lésion intra-utérines.

D'après les détails dans lesquels nous venons d'entrer, il semble que l'ostéarthrite tuberculeuse de la hanche doit être fréquente chez les sujets atteints de luxation congénitale. Les faits donnent à cette assertion un démenti formel. Et d'abord, si l'on se reporte aux nombreuses observations de luxation congénitale qui ont été publiées, on constate que les cas où la tare tuberculeuse n'est signalée ni chez les malades eux-mêmes, ni chez les ascendants directs ne sont pas les moins nombreux.

(1) Galien, A. Paré, Parise, Verneuil, Morel-Lavallée, Padiou.

D'ailleurs les manifestations tuberculenses sont si fréquentes que, très souvent on a affaire à une simple coexistence, et si l'on poursuivait le raisonnement de Pfender, on arriverait à considérer tous les boiteux comme des tuberculeux.

De plus, les lésions présentées comme des lésions tuberculeuses de la hanche chez les fœtus n'ont pas paru tuberculeuses à tous les auteurs et les cas en sont vite comptés car ils sont très rares.

Cependant nous pouvons, retenir une partie de la théorie de Pfender : ce sont ses conséquences thérapeutiques qui ne peuvent être que profitables au malade : quel que soit le procédé du traitement local, il faudra s'adresser à l'état général si séduisant qu'il paraisse.

On sait que la luxation congénitale est beaucoup plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Le rapport est de 7 pour le sexe féminin contre 1 du sexe masculin (Kroenlein); pour certains auteurs, il est un peu plus faible (4 contre 1 pour Broca). Sur 10 cas que nous avons réunis, nous avons 1 garçon pour 9 filles. Cette prédominance du sexe féminin tient à la fréquence plus grande de la luxation congénitale chez les filles.

Quant à l'importance de l'âge, elle est la même que pour la tuberculose développée dans une articulation normale. Le maximum de fréquence correspond à l'enfance et à l'adolescence : c'est à l'âge où les points d'ossification qui formeront l'épiphyse supérieure du fémur et la cavité cotyloïde sont en pleine activité; c'est là une condition éminemment favorable à la localisation des germes.

La luxation congénitale étant souvent bilatérale, la

coxalgie peut se développer dans une seule ou dans les deux articulations malformées. Enfin, on peut observer des luxations unilatérales avec tuberculose de cette articulation.

CHAPITRE III

I. — Symptomatologie.

Étudions maintenant les manifestations cliniques de la tuberculose greffée sur une luxation congénitale. Ce tableau symptomatique est très complexe. Nous essayerons pour le simplifier de décrire les symptômes qui résultent de l'association de la malformation avec chacune des périodes classiques de la coxalgie.

Mais avant de rechercher les modifications que peuvent subir les symptômes de la luxation congénitale, il nous paraît logique de les rappeler dans la première partie de ce chapitre.

La luxation postérieure, variété iliaque, est de beaucoup la plus fréquente; c'est d'elle que nous nous occuperons spécialement, nous réservant de dire ensuite quelques mots de la variété antéro-supérieure plus rare.

La luxation n'est généralement pas reconnue au moment de la naissance, à moins que l'attention des parents ne soit éveillée par l'existence de cette malfor-

mation dans les antécédents de l'enfant. Dans ce cas si on examine la région de la hanche, on retrouve quelques-uns des symptômes que nous allons signaler.

Dès que l'enfant marche, on note des caractères très importants, à sa façon de progresser : il marche tard et il marche mal. « L'enfant serait né boiteux, s'il était né susceptible de marcher en venant au monde (St-Germain). » Il est rare, en effet, que la boiterie n'apparaisse qu'au bout de quelques années de marche : dans ce cas, on a, sans doute, affaire à une subluxation qui s'est transformée en luxation complète. Nombreux sont les termes, tous aussi expressifs, employés pour caractériser cette marche : on dit généralement que le malade marche en cancanant.

Signalons une autre particularité de la claudication très importante pour le diagnostic : elle ne s'accompagne jamais de douleur au début. Celle-ci pourra apparaître plus tard sous l'influence de la fatigue : mais elle est postérieure à la claudication. Il arrive un moment où cette souffrance devient plus vive : mais elle disparaît par le repos pour reparaître ensuite. D'autres fois il n'y a pas de douleur, mais la malformation s'accroît. C'est généralement pour un de ces deux motifs que l'enfant est amené au chirurgien pour être examiné.

Il nous faut dès maintenant distinguer deux cas suivant que la luxation est uni ou bi-latérale.

A. Luxation unilatérale. — L'interrogatoire apprend qu'il n'y a eu aucun traumatisme, aucune

maladie susceptible d'expliquer les troubles de la marche.

Si nous procédons ensuite à l'examen du sujet, nous avons successivement à faire :

- 1° L'examen debout et immobile ;
- 2° L'examen pendant la marche ;
- 3° L'examen direct dans le décubitus.

1°) *Sujet debout et immobile.* — Très souvent on note une asymétrie des deux côtés du corps : le membre inférieur est plus grêle du côté luxé : il en est de même souvent pour le bassin, le tronc et même la face. Au niveau de la hanche, le trochanter fait saillie, il est remonté dans la fosse iliaque en haut et en arrière, il se rapproche de la crête iliaque et par sa saillie donne à la fesse une forme arrondie : le pli fessier est élevé. En avant au contraire le pli de l'aine est excavé. — Le bassin s'incline du côté malade. L'épine iliaque antéro-supérieure est située plus bas et plus en avant que du côté sain. La grande lèvre est abaissée.

Quant à la partie supérieure du corps, elle s'incline vers le côté sain pour conserver l'équilibre : il en résulte une scoliose lointaine à convexité dirigée du côté luxé et un peu en avant, compensée par une scoliose dorsale dirigée en sens inverse : ce qui rétablit le niveau de l'épaule. Le membre inférieur est en adduction et en rotation interne : mais la pointe du pied n'est point généralement tournée en dedans grâce à une rotation externe compensatrice qui se produit au niveau du genou. C'est pour cette raison que certains auteurs

(Bouvier, Pravaz, Tillaux) ont nié l'attitude en rotation interne (1).

2°) *Examen pendant la marche.* — Cette partie de l'examen est très importante pour le diagnostic, car les troubles de la marche dans la luxation congénitale sont presque à eux seuls pathognomoniques. La boiterie présente deux caractères principaux au moment où le pied du côté luxé porte sur le sol : (1°) on note une oscillation latérale brusque et très prononcée du tronc vers le côté malade : (2°) le membre semble s'enfoncer dans le flanc. Saint-Germain compare cette marche à celle d'un impresario portant sur une de ses cuisses un lourd orgue de Barbarie. Cette claudication résulte d'abord et surtout du glissement vertical de la tête fémorale sur la fosse iliaque externe en haut et en arrière. De plus, le tronc s'incline vers le côté de l'appui, mais pas directement : il s'enfléchit en avant : le bassin s'élève à sa rencontre et un peu en arrière. A ce moment le fémur fait un mouvement de rotation interne qui exagère l'adduction du genou : celui-ci vient alors croiser celui du côté opposé. De l'ensemble de ces mouvements résulte un balancement pathognomonique avec torsion du tronc sur son axe vertical.

(1) On se rend compte de la rotation interne en observant que :

(1°) L'axe de l'extrémité supérieure du fémur est non transversal mais oblique en dedans et en arrière.

(2°) La face postérieure des condyles n'est pas sur un plan frontal mais sur un plan oblique en arrière et en dedans.

(3°) La partie postérieure du condyle interne est libre en arrière à cause de la rotation externe du genou. (Delanglade)

Chez quelques sujets, le pied ne touche le sol que par son extrémité et un pied bot équin s'ajoute à la luxation congénitale : mais la boiterie est atténuée. D'autres marchent en fléchissant le genou du côté sain.

La marche prolongée est très pénible, l'enfant tombe fréquemment : quelquefois il accuse une vive douleur dans la région inguinale qui serait due, d'après Dubreuil (1), au tiraillement exagéré des muscles pelvi-trochantériens qui ne fixent pas suffisamment la tête fémorale. En général la douleur disparaît par le repos. Nous reviendrons d'ailleurs sur ces accidents douloureux des luxations congénitales.

3°) *Examen direct dans le décubitus.* — Il faut pour cet examen rendre les deux membres inférieurs absolument symétriques : pour cela il faut avoir soin de mettre les deux épines iliaques antéro-supérieures sur un même plan horizontal : on mesure alors la distance qui les sépare de la malléole externe correspondante et on constate un raccourcissement du membre luxé, ce raccourcissement est dû surtout à la luxation, mais aussi en partie à l'atrophie des os du membre, on s'en rend compte en mesurant chaque os séparément et en le comparant à l'os homologue du côté sain.

Il a bien d'autres signes pour constater le raccourcissement. A l'état normal, la distance qui va du sol au milieu de la rotule reportée du milieu de la rotule en haut doit aboutir à l'épine iliaque antéro-supérieure : s'il y a raccourcissement par luxation cette distance arrive sur la paroi abdominale à un certain nombre de centi-

(1) *Gazette hebdomadaire de Montpellier*, 1884.

mètres au-dessus de l'épine iliaque (Budín) (1). Il y a encore les données anatomiques de la ligne épitrochanterienne ou le triangle ilio-fémoral de Bryant. Enfin nous ne ferons que signaler le signe très connu de Nelaton-Roser.

En palpant la région de la fesse, on peut sentir la tête fémorale dans la fosse iliaque : pour cela il faut faire exécuter au membre des mouvements de rotation. On peut alors se rendre compte du fait suivant : tandis que chez un enfant bien constitué le trochanter tourne concentriquement autour de la tête qui est le centre de tous les mouvements de l'articulation, et que la tête est très difficile à sentir, si ce n'est en mettant la cuisse en position de flexion, abduction et rotation interne très prononcée, chez l'enfant que nous examinons la tête du femur semble décrire un arc de cercle autour du grand trochanter comme centre, ce dernier étant fixe grâce aux tendons et ligaments. De plus on peut se rendre compte assez facilement de la forme et du volume de la tête fémorale.

En palpant la région de l'aîne en dehors des vaisseaux, les doigts ne sentent plus la tête.

Enfin tous les muscles du membre sont atrophiés : cette atrophie se manifeste par la diminution de volume et de consistance.

Les mouvements normaux sont exagérés et s'exécutent sans douleur. Un seul mouvement est diminué au début de l'affection : c'est l'abduction qui est arrêtée par la tension des abducteurs, surtout du grand abducteur ;

(1) *Bulletin médical*, 1895.

on a aussi quelquefois signalé une diminution du mouvement de rotation en dehors (Lannelonge). Le raccourcissement que nous avons constaté est susceptible de diminuer ou d'augmenter en tirant sur le membre ou en le repoussant en haut ; mais on n'arrive presque jamais à lui rendre sa longueur normale, comme le voulait Dupuytren. Bouvier n'admettait pas ce signe mais son opinion n'a pas prévalu et aujourd'hui encore, lorsqu'ils veulent faire un diagnostic complet, les chirurgiens ne manquent jamais de le rechercher.

Tels sont les résultats de l'examen complet d'une luxation congénitale unilatérale : « En somme, la caractéristique de l'affection au début c'est : indolence, « mobilité exagérée de la tête au cours de tous les « mouvements volontaires ou communiqués, réduction « bilité. » Tous ces symptômes vont en s'accroissant sous l'influence de la marche. Puis sous l'empire de poussées inflammatoires répétées on voit quelquefois se développer une nouvelle phase, pour ainsi dire de la maladie, caractérisée par la rétraction musculaire s'exerçant surtout sur les abducteurs et les fléchisseurs.

« La luxation ne conserve pas toujours en effet le « calme et l'indolence que nous lui avons vu au début. « A l'engourdissement pénible qui survenait à la suite « d'un exercice exagéré et disparaissait par le repos de « la nuit, se joignent souvent au bout de quelque temps « des accidents très douloureux sur lesquels insiste le « professeur Dubreuil. Sans cause connue apparaît une « souffrance vive au niveau de la hanche. Elle s'irradie « en général en d'autres points du membre inférieur et « surtout au genou. Elle persiste et son intensité est

« telle que tout mouvement est impossible. Si l'on
« explore alors la hanche, on ne la trouve ni gonflée ni
« empâtée mais on observe que tous les muscles
« périarticulaires présentent une contracture de vigi-
« lance des plus accentuées et solidarisent étroitement
« les surfaces articulaires. Abandonnés à eux-mêmes,
« ces accidents provoquent une attitude très vicieuse et
« plus ou moins persistante de flexion, abduction,
« rotation interne, comparable à celle d'une coxo-
« tuberculose » (Delanglade). Le professeur Dubreuil
fait remarquer que ces accidents convenablement traités
par l'extension continue guérissent dans de bonnes
conditions en une ou deux semaines.

Sous l'influence de ces poussées aiguës, les déformations que nous avons étudiées s'accroissent : l'atrophie musculaire est encore plus prononcée. Le bassin est très asymétrique, il est en antéverson, de plus le côté luxé est encore plus bas et plus en avant que précédemment comparativement avec le côté sain. La contracture portant sur les fléchisseurs et les abducteurs, la marche est très disgracieuse, car le membre sain pour être porté en avant du membre luxé est obligé de heurter le genou de ce côté, elle est même impossible si l'abduction est très prononcée.

Nous pouvons résumer les grandes lignes de cette phase de la maladie de la façon suivante : il y a de la douleur, diminution de la mobilité active et passive, irréductibilité.

Luxation bilatérale. — L'enfant étant placé debout, il y a disproportion entre le tronc et les

membres inférieurs, les cuisses semblent courtes, le tronc plus long qu'à l'état normal. Les mains descendent presque jusqu'aux genoux. Les membres inférieurs sont très rapprochés au niveau des genoux, écartés à la racine des cuisses, les jambes au contraire sont souvent déjetées en dehors, de sorte qu'il y a tendance au genu valgum. Les organes génitaux sont repoussés en arrière.

Si l'on regarde le sujet latéralement, on constate que l'axe du corps est en zigzag; le bassin est en antéverson, d'où proéminence du ventre; le double point d'appui fourni au bassin par les têtes fémorales se trouve en effet reporté en arrière : « Le sujet, pour rétablir « l'équilibre, prend une position qui exagère notablement « la courbure à convexité antérieure de la colonne « lombaire (1). » Les trochanters font saillie en arrière et rendent les fesses volumineuses.

Si l'on fait marcher le sujet, le tronc oscille alternativement d'un côté à l'autre : la physiologie de chacune des deux articulations luxées est identique à ce que nous avons vu pour la luxation unilatérale.

Luxation en haut et en avant. — Nous ne dirons que peu de choses de cette variété de luxation congénitale qui est très rare. Elle est caractérisée par la rotation externe du membre, avec ou sans flexion : pas d'adduction mais quelquefois un peu d'abduction. Le trochanter est saillant : son contour n'est pas entièrement perceptible. Le bassin est abaissé du côté luxé. Les mou-

(1) Dubreuil.

vements sont à peu près normaux, sauf l'abduction et la flexion qui sont diminuées. Le glissement vertical qui existe au début arrive à disparaître.

Si cette étude des symptômes de la luxation congénitale a paru un peu longue, nous avons pensé qu'elle pouvait être utile en facilitant la description des modifications symptomatiques que peut produire le développement de la tuberculose dans l'articulation luxée. C'est l'étude de ces modifications que nous nous proposons de faire dans la deuxième partie de ce chapitre.

II. — Développement de la tuberculose dans l'articulation luxée.

Période de début. — Généralement la tuberculose greffée sur la néarthrose débute d'une façon insidieuse. A une certaine époque de l'évolution de la malformation apparaissent des douleurs d'abord vagues et généralisées à tout le membre inférieur : c'est plutôt une sensation de fatigue, de pesanteur survenant à la suite de l'exercice et qui disparaît complètement par le repos : elles se précisent bientôt, se localisent au genou, à la hanche, s'exagérant sous l'influence de la marche. Puis elles deviennent continues, subsistant même le soir au lit. Parfois elles acquièrent une intensité extrême. Elles s'irradient en général dans d'autres points du membre inférieur.

C'est souvent à cette époque que l'enfant est amené au praticien pour être examiné. On constate alors, au

niveau de la hanche, que toute la région est douloureuse à la pression : le maximum de la douleur siège en général dans la fosse iliaque au niveau de la tête. On la détermine si l'on exerce une pression sur le grand trochanter : le choc sur le talon peut la provoquer également. Si la tête est un peu plus en avant, au-dessus de la cavité cotyloïde ou même plus avant encore, la pression est aussi douloureuse en un point situé au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure.

La marche du sujet offre des modifications importantes : nous avons vu quels en étaient les caractères avant toute manifestation inflammatoire : sous l'influence de la douleur, tous les muscles péri-articulaires présentent une contracture très marquée, qui rend les mouvements sinon absolument impossibles, du moins très difficiles et très diminués.

De plus, tandis qu'auparavant le malade portait le poids du corps sur le membre luxé avec assurance et confiance, maintenant le membre douloureux touche le sol avec précaution. Le patient appuie plus longtemps sur la jambe saine que sur la jambe malade : par suite, le pied du côté sain tombe plus rapidement et plus fortement à terre. Souvent la marche devient absolument impossible.

A l'examen direct de l'articulation on constate d'abord la diminution de tous les mouvements. La raison, nous l'avons vu, en est dans la contracture des muscles péri-articulaires. Alors même que cette contracture disparaît sous l'influence de l'anesthésie chloroformique, tous les mouvements ne reparaissent pas entièrement : l'abduction n'est jamais complète.

L'atrophie musculaire est toujours très marquée.

De plus, dès le début de la coxalgie, on peut constater de l'engorgement des ganglions inguinaux et quelquefois des ganglions iliaques. La signification clinique de ce symptôme est très grande. Lannelongue et Kirrison insistent sur la valeur de ce symptôme de début. « Presque constamment, dit Lannelongue (1), « on trouve, dès le début, un ou plusieurs ganglions « du volume d'une noisette environ au niveau ou un « peu au-dessus de l'arcade, en dedans et en dehors « des vaisseaux iliaques, d'autres fois dans le triangle « de Scarpa. »

Ils sont indolents ou à peine sensibles à la pression. Dans beaucoup de cas il n'y a pas tuméfaction ganglionnaire à proprement parler : mais cependant les ganglions sont un peu plus volumineux, un peu plus durs du côté malade. « les autres symptômes servent à « établir le diagnostic de l'arthrite, sans en indiquer la « nature : l'adénité froide et chronique de l'aîne paraît « plus spéciale à l'arthrite tuberculeuse ».

Période des attitudes vicieuses. — A mesure que les lésions évoluent, aux symptômes de la phase précédente s'en ajoutent ou s'en substituent d'autres dans une coxalgie ordinaire. Dans l'affection qui nous occupe, nous n'avons pas le syndrome, abduction et rotation en dehors : la flexion est plus ou moins marquée.

A quoi est due l'absence de ce syndrome coxalgique? Deux théories principales cherchent à expliquer l'attitude en abduction. Pour Lannelongue, la raison doit en

(1) Coxo-tuberculose,

être cherchée dans la contraction musculaire réflexe et, d'après lui, les abducteurs de la hanche l'emportent sur les adducteurs. Mais il ne comprend pas dans ces derniers les adducteurs de la cuisse qui sont certainement plus forts. De plus, l'anatomie pathologique de la luxation congénitale nous a montré ces mêmes adducteurs rétractés, créant, par conséquent, obstacle au mouvement d'abduction.

Si l'on fait, au contraire, avec Kirmisson, de la position en abduction une attitude instinctive, cette même rétraction des adducteurs s'opposera encore à ce mouvement.

Il est de même pour la rotation en dehors : les mouvements d'abduction et de rotation en dehors sont absolument solidaires dans un membre légèrement fléchi : de plus, nous avons vu que, grâce à la nouvelle position des parties constituant la jointure, l'action des rotateurs en dedans est notablement renforcée, les rotateurs en dehors sont diminués d'autant. Mais il y a une autre cause qui s'oppose à ce mouvement et c'est certainement la plus sérieuse : c'est la tension du faisceau oblique horizontal du ligament de Bigelow qui est hypertrophié, rétracté.

A l'examen de la région de la hanche on note une tuméfaction large et diffuse avec lacis veineux anormal (1), due à l'œdème et à l'infection tuberculeuse du tissu cellulaire et des muscles péri-articulaires : cette tuméfaction, sensible au toucher, donnant une sensation de dureté, l'est aussi à la vue ; elle soulève la région en

(1) Obs. II.

avant, latéralement, en arrière. Elle altère les signes fournis par la palpation; néanmoins, on peut sentir l'extrémité supérieure du fémur augmentée de volume. Les mouvements de l'articulation sont à peu près impossibles. La douleur généralement très vive, condamne le malade au lit, le moindre mouvement, la pression sur le trochanter et les talons lui font pousser des cris de douleur.

Chez un coxalgique ordinaire, on sait qu'à l'attitude en abduction et rotation externe se substitue au bout d'un temps variable une position en adduction et rotation interne. Le mode d'action n'en est pas encore complètement élucidé et d'ailleurs nous n'avons pas à nous en occuper puisque dans aucune de nos observations, on n'a signalé de changement d'attitude correspondant à cette modification habituelle.

Période de suppuration. — Cette période essentiellement caractérisée par les abcès et les fistules ne présente aucune particularité dans les cas que nous étudions. Le siège, l'évolution de ces abcès, sont identiques et il est inutile d'insister sur ce point.

D'ailleurs, toutes les coxalgies n'aboutissent pas fatalement à la suppuration, ne donnent pas lieu à des abcès. Les observations IX et X en témoignent: on trouve alors dans ces cas des douleurs tenaces, persistantes, disparaissant en partie sous l'influence du traitement et reparaissant ensuite.

Lorsque la luxation congénitale appartient à une variété autre que la variété iliaque, l'attitude du membre pourra être différente: il faudrait répéter pour chaque

variété ce que nous avons essayé de faire pour la variété iliaque.

Si nous voulons résumer ce qui précède, on voit que dans le cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse compliquant une luxation congénitale. « Les symptômes se super-
« posent : le tableau clinique procède des deux genres
« de lésions et exige pour être débrouillé de la méthode
« et une grande attention (1). »

(1) Gangolphe, *In Traité de chirurgie*, Le Dentu et Belbet, art. Coxalgie.

CHAPITRE IV

Evolution. — Terminaison

L'arthrite tuberculeuse ne paraît pas présenter ici une évolution différente de celle qu'elle suit dans une articulation normale. On a dit (1) que le changement de rapport des surfaces articulaires « constituait un accident fâcheux qui tendait à perpétuer l'inflammation » et la suppuration ». Il est bien difficile d'après nos observations de vérifier cette assertion : il faudrait pour cela que les malades aient été suivis. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que cette évolution ne paraît pas plus rapide que pour une arthrite tuberculeuse ordinaire ; un seul de nos cas (Ob. 1) s'est terminé en six mois par la mort par généralisation, mais peut-être l'intervention opératoire dont la malade avait été l'objet, doit elle être invoquée dans l'étiologie de cette évolution rapide.

Le pronostic vital n'est pas aggravé.

Plusieurs terminaisons sont possibles :

La résolution complète peut se faire. Il y a probable-

(1) Mathieu et Strauss, *Dictionnaire*, de Dechambre, art. Coxalgie,

ment un certain nombre de cas qui présentent cette révolution sous l'influence d'un traitement précoce et qui, abandonnés à eux-mêmes, évolueraient.

L'ankylose est signalée dans nos observations. Le cas (Obs. VIII) que nous avons vu chez M. le professeur agrégé Gangolphe ne laissait aucun doute à cet égard. C'était une ankylose en extension presque complète. La rotation interne était légère et compensée par un mouvement de rotation externe au niveau du genou, l'adduction était de même peu prononcée sur ce membre.

Une troisième terminaison est la mort par généralisation (Obs. I) ou dans la cachexie et le marasme (obs. VII).

CHAPITRE V

Diagnostic.

Parmi tous les symptômes que nous avons passés en revue, on a insisté d'une façon toute particulière sur les troubles de la marche (1). On a ainsi cherché à différencier la claudication résultant d'une luxation de celle résultant des affections douloureuses du membre inférieur. Dans la claudication résultant du raccourcissement, le malade cloche du côté atteint : dans celle résultant de l'allongement, il fauche ; enfin, quand c'est la douleur qui en est la cause, le pied pose à peine sur le sol. Cela est exact mais ne suffit pas pour faire un diagnostic ; il est vrai que lorsqu'elle est bien caractéristique, la claudication de la luxation congénitale permet dans l'immense majorité des cas, de reconnaître la malformation à distance ; et pourtant, « parmi les
« malades qui en sont atteints, un grand nombre a été
« l'objet d'erreurs considérables ; beaucoup, par exemple,

(1) Broussole, thèse, Paris, 1896.

« ont été soignés longtemps comme coxalgiques et par
« des cliniciens remarquables. » (Delanglade).

Chez les sujets qui nous occupent les troubles de la marche, sont encore plus insuffisants à eux seuls pour empêcher l'erreur. Existe-t-il d'autres symptômes qui puissent servir de base à notre diagnostic.

Il comprend deux parties : celui de la luxation congénitale et celui de l'ostéo-arthrite tuberculeuse.

Or, le praticien peut être appelé à examiner des malades d'âge variable.

S'il avait à examiner un enfant ne marchant pas encore, il pourrait être très embarrassé ; chez ces enfants en effet, les renseignements fournis par les troubles de la marche manquent : de plus la recherche de l'élément, douleur est fort difficile ; eux-mêmes ne se rendent pas compte de leurs sensations et les manifestations extérieures de la douleur manquent chez eux de précision.

Heureusement pour le clinicien, la complication d'une luxation congénitale par la tuberculose n'a pas été signalée chez ces sujets ; de sorte que dans les cas d'examen de ces malades, il sera permis d'écarter cette hypothèse.

Même plus tard, lorsque l'enfant marche, la luxation congénitale peut passer complètement inaperçue ; tout au plus l'attention du chirurgien sera-t-elle attirée de ce côté par l'existence chez la mère de la même malformation. Si l'existence de la luxation congénitale n'a pas été constatée, le chirurgien, en présence de signes de l'ostéo-arthrite tuberculeuse, peut-il reconnaître la véritable nature des accidents ? Un examen méthodique et

complet de la marche des symptômes est alors nécessaire.

Diagnostic de la luxation congénitale. — Nous supposons que la luxation congénitale est unilatérale; il s'y est développée une arthrite tuberculeuse. En interrogeant les parents de l'enfant, on pourra recueillir des renseignements qui feront déjà penser à la malformation congénitale; on pourra apprendre qu'auparavant l'enfant marchait, le corps fortement en arrière, qu'il tombait avec une extrême facilité (1). L'examen du sujet donnera des signes de coxalgie et révélera l'existence d'une luxation; mais alors il faut éviter de rapporter à la tuberculose ce qui appartient à la malformation congénitale.

Il faut d'abord éviter de prendre une luxation congénitale pour une luxation coxalgique; cela est facile, lorsqu'il s'agit d'une luxation congénitale ne présentant pas de manifestation inflammatoire. Dans la malformation congénitale, en effet, on a une liberté de mouvement que l'on n'a pas dans une luxation pathologique; il n'y a pas de douleur, pas d'empâtement de la hanche, pas de suppuration, pas de trajet fistuleux; le raccourcissement n'est pas permanent, il peut être modifié par des tractions sur le membre. De plus, la malformation est souvent latérale. Enfin, les troubles de la marche nous faciliteront le diagnostic. Nous n'insistons pas davantage.

Mais lorsque la luxation congénitale s'est compliquée d'arthrite tuberculeuse, le diagnostic avec la luxation

(1) Voir Obs. IV.

coxalgique devient particulièrement difficile. Sans les antécédents, sans connaissance antérieure de la luxation, il est impossible de donner des signes pathognomoniques. Ici, en effet, tous les symptômes sont communs : claudication, douleur, raccourcissement du membre avec atrophie, déformation de la hanche avec attitude en abduction et rotation interne, engorgement ganglionnaire, abcès fistuleux, tout le tableau clinique peut être au complet. De sorte que l'embarras du chirurgien est souvent très grand.

Il y a d'ailleurs une autre cause d'erreur indiquée par Calot (1). « Des coxalgiques laissés avec un raccourcissement de 4 à 5 centimètres, reviennent deux ou trois ans plus tard avec un raccourcissement de 8 centimètres et une laxité telle de la jointure que si l'on voyait ces malades pour la première fois à ce moment, l'on ne pourrait se défendre de songer à une luxation congénitale. On se croit tellement sûr d'être dans la bonne voie que l'on n'accorde aucune créance aux affirmations du malade, vous racontant que sa boiterie date d'une coxalgie apparue longtemps après la naissance. L'on attribue les accidents dont il parle à une coxalgie greffée sur une luxation congénitale. »

Par conséquent, l'erreur inverse à celle que nous signalions précédemment est encore à éviter, il ne faut pas prendre une luxation coxalgique pour une luxation congénitale. Nous avons vu combien ce diagnostic était souvent difficile.

(1) Congrès de Chirurgie, 1892.

Cependant, suivant les malades, on peut rencontrer quelques éléments qui permettent d'éviter l'erreur. Par exemple, lorsque la luxation congénitale est double, ce qui est fréquent, l'arthrite tuberculeuse étant au contraire unilatérale; l'articulation anormale non enflammée pourra permettre d'affirmer que le déplacement s'est produit primitivement et que la néarthrose s'est ensuite enflammée. Chez d'autres malades on notera une asymétrie des deux côtés du corps portant non seulement sur les membres inférieurs, mais encore sur le bassin, le tronc et même la face; ce qui tendra à faire admettre l'existence antérieure de la malformation congénitale, surtout si l'on a déjà quelques soupçons.

Dans une coxalgie développée sur une articulation normale, alors même qu'il n'y a pas de luxation pathologique au début de la période des attitudes vicieuses, on peut avoir un tableau clinique ressemblant en certains points à celui de l'affection qui nous occupe. Ce sont les cas signalés par M. Vincent (1), de coxalgie avec attitude primitive en adduction et rotation interne. On a en effet de la claudication, de la douleur, de l'atrophie, du raccourcissement, de l'engorgement ganglionnaire: mais le diagnostic est facile: il n'y a pas de signe de déplacement de la tête fémorale dans la fosse iliaque; les antécédents, l'anesthésie chloroformique au besoin, aideraient à déceler la maladie.

Diagnostic de l'ostéo-arthrite tuberculeuse. — Si l'existence d'une luxation congénitale a été reconnue,

(1) Vincent, *Contribution clinique à l'étude de la résection pathologique de la hanche.*

on peut se trouver en présence des signes cliniques de la coxalgie : douleur, raideur, empâtement, adénopathie..., modifiés dans leur aspect par l'état anormal de la hanche. Nous pouvons avoir alors à distinguer l'arthrite tuberculeuse d'autres complications qui ont été observées dans les luxations congénitales et qui peuvent lui ressembler.

Dubreuil a insisté beaucoup sur les phénomènes douloureux que peut présenter une luxation congénitale sous l'influence de la fatigue. Il les attribue au tiraillement exagéré des muscles pelvi-trochantériens du côté luxé, qui ne fixent pas suffisamment la tête fémorale. Dans ce cas, l'attitude en flexion, adduction et rotation interne, la gêne fonctionnelle, la limitation du mouvement d'abduction surtout, la paresse, les douleurs, l'atrophie musculaire, tout y est. La démarche elle-même peut simuler celle de l'arthrite tuberculeuse.

Mais en interrogeant les parents, on apprend que l'enfant a marché tard, qu'il a boité bien longtemps avant tout phénomène de douleur, ce qui ne s'accorde guère avec la coxalgie. A l'examen local, on trouvera les signes de la luxation. Et comme dans la malformation congénitale il n'y a, sauf complication de tuberculose, ni empâtement, ni abcès, ni adénite inguinale froide et chronique, on ne sera pas autorisé à penser à une luxation pathologique. La marche de l'affection justifiera le diagnostic. Car, d'après Dubreuil, quelques jours d'extension continue viendront à bout des douleurs.

Des phénomènes douloureux peuvent aussi apparaître dans une luxation congénitale attribuables au rhuma-

tisme. L'examen local fournira des renseignements analogues aux précédents. L'interrogatoire apprend que le sujet a des antécédents rhumatismaux; il est rhumatisant lui-même, il a eu des accès antérieurs: ou bien il présente encore actuellement d'autres localisations articulaires. D'ailleurs, le rhumatisme n'a pas la forme torpide et insidieuse de l'arthrite tuberculeuse. On peut observer des lésions viscérales du rhumatisme. La marche de la maladie diffère essentiellement; elle n'aboutit pas à la suppuration: la guérison est la règle. Enfin l'action du traitement apporte encore un élément de diagnostic.

L'articulation luxée peut encore être le siège d'une arthrite aiguë, aboutissant rapidement à la suppuration ou suppurée d'emblée. Krause (1) en a signalé des cas dus au streptocoque (d'après lui le pronostic serait plutôt favorable). L'attitude du membre peut être la même que dans la tuberculose; mais l'arthrite aiguë diffère de la tuberculose d'abord par le début, qui au lieu d'être lent et insidieux, précédé d'une période latente, est brusque, d'emblée aigu, en quelques jours l'articulation est remplie de pus. Si le chirurgien n'intervient pas, le pus tend rapidement à se faire jour au dehors. Il peut être différencié du pus tuberculeux par l'examen microscopique, par l'injection des cobayes (Obs. I). De plus, dans l'arthrite aiguë les symptômes généraux acquièrent une intensité très grande, capable de masquer un certain temps la lésion locale. La terminaison se fait soit

(1) Krause, *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 9.

par la mort à bref délai, soit par guérison avec ou sans ankylose.

Angot (1) a signalé parmi les complications de la luxation congénitale la névralgie sciatique, parfois aussi la névralgie crurale, dues probablement à la compression ou à l'allongement des troncs nerveux dans les territoires desquels on les observe. Nous mentionnons simplement cette complication : l'erreur sera, en général, facile à éviter. On pourra, en effet, constater que les phénomènes douloureux n'ont pas leur siège dans la jonction elle-même et on les rapportera à leur véritable cause : la recherche des points douloureux, jointe à l'absence de signes d'inflammation articulaire suffiront pour cela.

En résumé, nous voyons combien le diagnostic, facile dans certains cas, peut présenter de difficultés dans d'autres. Quand l'examen paraît négatif au point de vue de la tuberculose, il faut penser qu'il ne s'agit pas de la complication que nous étudions, puisqu'elle est très rare. Néanmoins, il faut y penser.

(1) Angot, Thèse, Paris, 1883.

CHAPITRE VI

Traitement.

Si telle est l'évolution de la maladie, voyons quelle est la conduite à tenir lorsque le diagnostic en a été fait.

Dès le début, il faudra faire comme s'il s'agissait d'une coxalgie ordinaire. Le traitement doit remplir un double but : il doit calmer les douleurs qui sont souvent très vives et prévenir l'aggravation et l'extension des lésions d'une partie à l'autre de l'articulation, en luttant contre la contracture musculaire. Ce double but sera atteint par l'immobilisation et l'extension continue. C'est là certainement un moyen thérapeutique d'une très grande valeur et bien supérieure au redressement brusque qui peut être dangereux. Pour cela on placera le malade dans une gouttière d'Ollier-Bonnet avec une traction de quelques kilogrammes.

Sous l'influence de ce traitement on peut voir disparaître les douleurs, en même temps que la flexion du membre pourra être corrigée ; on corrigera moins complètement l'adduction et la rotation interne qui ne sont

pas dues uniquement à la contraction musculaire. Il faudra prolonger ce traitement au moins pendant deux ou trois mois. Si cette méthode de traitement n'amène pas toujours la résolution de l'arthrite, elle a du moins un avantage: c'est que en cas de terminaison par ankylose on aura une position du membre relativement bonne.

Lorsque la coxalgie a suppuré et donné lieu à des abcès il faudra traiter ces abcès. Le traitement de choix de ces abcès sera la ponction suivie ou non d'injection dans la poche de glycérine iodoformée.

« Cette ponction, dit M. le professeur agrégé Gan-
« golphe, bien faite, est inoffensive. Il peut arriver que
« l'on tarisse d'emblée une poche volumineuse. Mais
« habituellement plusieurs ponctions sont nécessaires:
« il est loisible de les répéter aussi souvent qu'on le
« jugera nécessaire d'après le volume de la collec-
« tion.

« La rapidité de la récurrence, les caractères du pus
« sont de précieux éléments de pronostic. Lorsque la
« guérison doit survenir, l'abcès ne se reforme que
« lentement au bout de un ou plusieurs mois et le
« liquide que l'on retire est différent de celui que l'on
« avait obtenu au début.

« La première ponction a donné un pus blanc jau-
« nâtre, fluide, avec des grumeaux plus ou moins
« abondants: la seconde ponction donnera issue à du
« pus moins coloré, plus clair; une troisième éva-
« cuation produira un véritable liquide clair et filant,
« albumineux comme le blanc d'œuf. La guérison sera
« proche et probablement définitive, puisque l'abcès

« ossifluent trahit en grande partie au dehors l'état du
« foyer qui en est la cause initiale.

« Nous sommes partisans de la ponction pour en
« avoir entendu citer les bons effets par Ollier, Fochier,
« L. Tripier et les avoir constatés nous-mêmes (1). »

Quand l'ostéo-arthrite tuberculeuse s'est terminée par ankylose il ne faut pas chercher à modifier celle-ci lorsqu'elle est en bonne position : quoique gênante, cette position n'en est pas moins compatible avec un état satisfaisant des fonctions. Cependant si les deux hanches étaient ankylosées, la marche devenant impossible, on pourra chercher à obtenir une pseudarthrose d'un côté par la résection : quant à l'autre côté, on n'y toucherait pas, sauf s'il est dans une position vicieuse (Volkmann). Dans ce dernier cas, l'ostéotomie sous trochanterienne trouvera son indication (Kirmisson).

Comme on le voit la thérapeutique doit avoir surtout pour but de traiter l'ostéo-arthrite tuberculeuse. Nous rapportons une observation dans laquelle M. Broca a tenté la réduction sanglante de la luxation congénitale. Après évidemment du cotyle ancien, la réduction fut opérée, mais la malade mourait quatre mois après et on pouvait constater à l'autopsie une récurrence de la tuberculose par effondrement du bord supérieur du cotyle, en somme par un procédé semblable à celui des luxations pathologiques ordinaires.

Cependant quand l'évolution de l'arthrite tuberculeuse a une marche lente et progressive, lorsque la suppuration interminable indique qu'il n'y a aucune ten-

(1) Gangolphe, *Maladies infectieuses et parasitaires des os*.

dance à la réparation spontanée, la résection peut être proposée. M. le professeur Ollier l'a pratiquée une fois chez un malade atteint de luxation congénitale « pour
« remédier à une inflammation suppurée (synovite
« tuberculeuse de la pseudarthrose) qui avait amené un
« état général des p'us graves : il a cherché et obtenu
« la guérison par ankylose ».

CONCLUSIONS

I. — Les ostéo-arthrites tuberculeuses compliquant la luxation congénitale de la hanche sont très rares. Cette rareté tient vraisemblablement à la constitution anatomique, ainsi qu'au fonctionnement physiologique de la nouvelle articulation.

II. — L'absence de contact direct, et, par suite, de pression entre les surfaces articulaires ne paraît pas favorable à la localisation bacillaire. De même, l'interposition de tissu fibreux (capsule, bourse séreuse), semble agir dans le même sens pour préserver la néarthrose.

Tous les sujets ayant présenté des lésions tuberculeuses développées sur une luxation congénitale, avaient marché plus ou moins longtemps.

Les autres facteurs étiologiques adjuvants sont : le traumatisme, l'âge (enfance, adolescence).

III. — Les localisations tuberculeuses n'offrent rien de spécial.

IV. — Le tableau clinique procède des deux genres de lésions. Comme dans la coxalgie ordinaire, il y a des phénomènes douloureux, de l'atrophie, de la clau-

dication, de la gêne des mouvements de l'articulation, de l'engorgement ganglionnaire avec de la tuméfaction de toute la région de la hanche. Il y a du raccourcissement. Mais on a d'emblée une attitude en abduction et rotation interne.

L'abduction est empêchée surtout par la retraction des adducteurs ; la rotation externe, par la diminution d'action des muscles rotateurs externes et surtout par la rétraction du faisceau oblique horizontal du ligament de Bigelow.

Les abcès présentent les caractères des abcès coxalgiques.

V. — Chez les enfants qui ne marchent pas, on n'a pas signalé cette complication de la luxation congénitale. Chez les autres sujets, il faut diagnostiquer : 1° la luxation congénitale ; 2° l'ostéo-arthrite tuberculeuse.

Le diagnostic de la luxation congénitale repose sur la connaissance des antécédents et l'histoire de la maladie. Il est aisé, lorsque la luxation est double et la coxalgie unilatérale. En l'absence de ces données, il est souvent très difficile.

Quant à l'ostéo-arthrite tuberculeuse, elle doit être distinguée des accidents inflammatoires (Dubreuil) ou rhumatismaux de la néarthrose, des arthrites aiguës ou suppurées (Krause), et aussi des névralgies sciatique et crurale (Angot) que l'on peut y observer.

VI. — Au début, le traitement doit chercher à calmer les douleurs et prévenir l'aggravation en luttant contre la contracture musculaire. On atteindra ce but par l'immobilisation dans une gouttière d'Ollier-Bonnet, et l'extension avec traction par des poids.

Le traitement des abcès consistera dans la ponction suivie ou non d'injection de glycérine iodo-formée.

Dans les cas d'ankylose en mauvaise position, l'ostéotomie sous-trochantérienne trouvera son indication.

Enfin, dans les suppurations interminables, la résection de la hanche pourra être indiquée.

VU :

Le Président de la Thèse,

OLLIER.

VU :

Le Doyen de la Faculté,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ANGOT. — Thèse de Paris, 1883.
- BONNES. — Thèse de Montpellier, 1860.
- BOUDET. — Bulletin de la Société anatomique, 1839.
- BOUVIER. — Archives de Chirurgie, 1865.
- BOUVIER. — Maladies de l'appareil locomoteur, 1856.
- BROCA. — Revue d'Orthopédie, 1895.
- BROUSSE. — Thèse de Paris, 1886.
- Bulletin de la Société de Chirurgie, 1858-1859.
- CALOT. — Congrès de Chirurgie, 1892.
- CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique.
- DELANGLADE. — Thèse de Paris, 1896.
- Dictionnaire des Sciences médicales. Dechambre. Art. Coxalgie et Luxations congénitales.
- DUBREUIL. — De quelques complications des luxations congénitales de la hanche. — Gazette hebdomadaire de Montpellier, 1884.
- DUPRÉ. — Thèse de Paris, 1891.
- GUERLAIN. — Thèse de Paris, 1896.
- GANGOLPHE. — Maladies infectieuses et parasitaires des os.
- GANGOLPHE. — *In* Le Dentu-Delbet. — Art. Coxalgie.
- HOLMES. — Thérapeutique des maladies chirurgicales de l'enfance, 1870.
- KIRMISSON. — Maladies chirurgicales d'origine congénitale, 1898.

- KRAUSE. — Berliner Klinische Vosschenschrift, 1889.
LANNELONGUE. — Coxo-tuberculose.
LANNELONGUE. — Tuberculose chirurgicale.
MARTIN ET COLLINEAU. — De la Coxalgie, 1865.
MENARD. — De la Coxalgie tuberculeuse.
OLLIER. — Traité des résections. Tome III.
PFENDER. — Thèse de Paris, 1891.
PICQUÉ ET MAUCLAIRE. — Thérapeutique chirurgicale des
maladies des articulations, 1895.
POULET ET BOUSQUET. — Traité de Pathologie externe.
PRAVAZ. — De la Luxation congénitale, 1847.
REDARD. — Chirurgie orthopédique, 1892.
VINCENT. — Contribution clinique à l'étude de la résection
pathologique de la hanche.
VOLKMANN. — Handbuch der allgemeinen und speciellen
chirurgie von Pitha und Billroth. T. II.
-

ERRATA

Page	25	Ligne	18	Lire	Parfois	au lieu de	moins.
»	38	»	22	»	<i>lombaire</i>	»	<i>lointaine.</i>
»	41	»	14	»	<i>adduction</i>	»	<i>abduction.</i>
»	41	»	29	»	<i>adducteurs</i>	»	<i>abducteurs.</i>
»	42	»	21	»	<i>adducteurs</i>	»	<i>abducteurs.</i>
»	43	»	8	»	<i>adduction</i>	»	<i>abduction.</i>
»	43	»	20	»	<i>adducteurs</i>	»	<i>abducteurs.</i>
»	43	»	24	»	<i>adduction</i>	»	<i>abduction.</i>
»	55	»	25	»	<i>bilatérale</i>	»	<i>latérale.</i>
»	56	»	7	»	<i>adduction</i>	»	<i>abduction.</i>
»	66	»	4	»	<i>adduction</i>	»	<i>abduction.</i>
